

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Begleitschein für histologische Untersuchungen</b>		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	<b>Pathologie</b> <b>PD Dr. med. habil. P. Czapiewski</b>  Auenweg 38 - 06847 Dessau  Tel. (0340)501-1070 / Fax -1029		Eingangsdatum
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			
Art des Materials					
Klin. Diagnose, Krankheitsverlauf, Angabe der klinischen Fragestellung				telefonische Benachrichtigung erbeten? <span style="float: right;">Ja    Nein</span>	
				Telefon-Nr.	
				Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel	
Frühere histologische Untersuchung		Datum	Nr.		
Ort, Datum					

Als Versandflüssigkeit bitte nur 4 % Formalin verwenden.

**Bitte nicht ausfüllen (Eintrag erfolgt durch Pathologie)!**

